**Checkliste zur Dokumentation** des Entscheidungsganges zur Indikationsstellung der IVM

Bitte reichen Sie ausschließlich Kopien und keine Originale ein!

KVN Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

## 1. Allgemeine Angaben zum Patienten

Patientenname: Geb.datum: Datum angeforderte IVM:

Auge: Bitte auswählen:

## 2. Entscheidungsgang zur Erstbehandlung nach § 6 Abs. 3 / Anamnese zur Erstbehandlung

**Die Unterlagen zur Erstbehandlung sind immer vorzulegen, auch wenn eine Folgebehandlung angefordert und geprüft wird!** Datum der Erstbehandlung:

Idikation gemäß § 6 Abs. 3a i. V. m. § 1 Abs. 1; bitte ausschließlich die Hauptindikation auswählen:

Bitte auswählen:

Fluoreszenzangiographie (FAG) gemäß § 6 Abs. 3a – Es ist eine FAG zur Indikationsstellung der Erstbehandlung mit allen erforderlichen Phasen beigefügt:

Datum der FAG zur Indikationsstellung:

- ☐ repräsentative Leeraufnahme
- ☐ frühe arterielle oder arteriovenöse Phase
- ☐ Spätphase ab 3 Minuten nach der Injektion oder

☐ Eine FAG war auf Grund nicht zielführender bzw. aus anderen, nachzuweisenden Gründen nicht möglich. Es wurde daher eine andere geeignete Bildgebung gewählt (Begründung nachfolgend)

**Zwingend erforderlich ist eine schriftliche Begründung für die fehlende FAG:**

**Fundusbefund zur Erstindikation, sofern eine FAG aus nachweisbaren Gründen nicht möglich ist (alternativ: Vorlage einer repräsentativen OCT, ebenfalls mit Begründung zur fehlenden FAG)**

OCT bei Erstbehandlung gemäß § 6 Abs. 3 b - sofern keine FAG oder andere Bildgebung durchgeführt wurde, mit folgenden Mindestanforderungen:

- ☐ Indikationsbeschränkung nach § 6 Abs. 3 eingehalten (AMD oder DMÖ)
- ☐ Bildqualität lässt eine Beurteilung zu
- ☐ SD-OCT bzw. technische Weiterentwicklungen sind erkennbar / werden vorgelegt

Visusbefund gemäß § 6 Abs. 3 c

Bitte jeweils den genauen Visus angeben: Visus ≥0,05 bzw. 1/20 Metervisus (Ausnahme Visusabfall durch frische Blutung) oder unter 1,0 ist (außer bei aktiver CNV)

rechtes Auge: linkes Auge:

Medikament

- ☐ VEGF-Hemmer
- ☐ Steroid
- ☐ anderes Wirkprinzip (Nennung des Medikaments erforderlich)

**Checkliste zur Dokumentation** des Entscheidungsganges zur Indikationsstellung der IVM

Bitte reichen Sie ausschließlich Kopien und keine Originale ein!

KVN Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

Patientenname: Geb.datum: Datum angeforderte IVM:

## 3. Folgebehandlung

**Bitte denken Sie daran, dass die Unterlagen zur Erstbehandlung immer Bestandteil der Dokumentation der Folgebehandlung sind und demzufolge auch bei der Prüfung einer Folgeinjektion vorzulegen sind!**

### Visusbefund zur angeforderten Folgeinjektion

Bitte jeweils den genauen Visus angeben: Visus ≥0,05 bzw. 1/20 Metervisus (Ausnahme Visusabfall durch frische Blutung) oder unter 1,0 ist (außer bei aktiver CNV)

rechtes Auge: linkes Auge:

### Indikation gemäß § 1 Abs. 3 im OCT

Datum der letzten OCT vor Folgebehandlung (nicht älter als 3 Monate!)

- ☐ Indikation gemäß § 1 Abs. 3 im OCT vor der angeforderten IVM ist nachvollziehbar
- ☐ Bildqualität lässt eine Beurteilung zu
- ☐ Aufnahmen einer SD-OCT oder technischen Weiterentwicklung sind erkennbar / werden vorgelegt

### Datum der letzten 3 Behandlungen vor der angeforderten IVM

letzte Injektion (unmittelbar vor angeforderter)

vorletzte Injektion (2.vor der angeforderten Injektion)

drittletzte Injektion (3. vor der angeforderten Injektion)

- ☐ VEGF-Hemmer (mindestens 25 Tage)
  Therapieschema VEGF-Hemmer
  - ☐ PRN ☐ Tread and Extend ☐ Fixed Dossing ☐ Oberve & Tread
- ☐ Steroid
- ☐ anderes Wirkprinzip
  Nennung des Medikaments erforderlich:

### ggf. weitere Unterlagen, die die Indikation zur Folgebehandlung rechtfertigen

Eine hierzu erforderliche bildliche Dokumentation sollte dabei nicht älter als 3 Monate vor der Folgeinjektion sein!